NISSAY

給付金請求書

a 3 3 3 0 2 2 0 1 2 a

日本生命保険相互会社 行
了解事項を確認・了解のうえ、以下の契約の支払いを請求します。

※請求人ご本人様が記入ください。

契約番号	（　　） **※請求契約が複数あり、以下の記入項目の内容が同一となる場合、右欄に当該契約番号を記入ください。**（医療保障保険「個人型」は除きます。）	（　　） （　　）
請求内容	☑給付金	
請求日（記入日）	平成　　年　　月　　日	
傷病者名（けが・病気をされた方の氏名）	（フリガナ）	
請求人（自署）	（フリガナ）	

＜訂正時のお願い＞
訂正箇所を二重線で抹消のうえ、訂正箇所付近に訂正署名（フルネーム）を記入ください。

連絡先住所（明細書等の送付先）	〒□□□－□□□□ 都道府県 （フリガナ）	**受取口座**	**※請求人本人口座を指定ください。** **金融機関名**：（フリガナ）　銀行・農協 信用金庫 信用組合 （フリガナ）　（支）店 出張所 営業部 **預金種目**：※いずれかにレ点チェック　□普通（総合）　□当座 **口座番号**：※右づめで記入ください。　□□□□□□□ **口座名義人**：（フリガナ）
日中連絡先	※携帯電話可 （　　）　　—		

※支払時点での未払込保険料は、支払金額から差引くことがあります。なお、入れ違いに保険料を払込みの場合には、後日返金します。

了解事項

①日本生命の約款規定により、表面の請求内容の支払いを請求します。
②病名ががんである場合でも、傷病者への病名告知の有無にかかわらず、当請求書の請求内容に基づく保険金・給付金の支払いを請求します。
③保険料払込免除事由に該当する場合は、契約者から保険料払込免除の請求があったものとして取扱います。
④今回の支払いに伴う特約消滅および保険料払込免除による保険証券への裏書は、変更後の契約内容を記載した通知で代替するものとします。
⑤「お客様情報取扱説明書」を受領し、記載内容に同意のうえ、請求します。
⑥日本生命が事実の確認を行う場合には、関係者（医療機関関係者を含む）等に対し、日本生命（または日本生命が指定する者を含む）が保険請求に関する説明（治療・検査等に関する説明を含む）を求めることに同意します。
⑦請求人が傷病者の診断書等を日本生命（または日本生命が指定する者を含む）に提出することに同意のうえ、請求します。
⑧上記⑤～⑦について、傷病者と請求人が異なる場合は、傷病者（傷病者死亡の場合は傷病者の相続人を含む）も同意のうえ、請求します。
⑨傷病者への病名告知がなく傷病者と請求人が異なる場合は、以下の２つの事項について同意のうえ、請求します。
・被保険者（傷病者）から日本生命に上記保険契約の保険金・給付金等の支払状況等、当該保険契約について照会がなされた場合には、本人に告知されていない傷病名（がん等）も含めて、日本生命は事実に基づいて被保険者（傷病者）に回答せざるを得ないこと。
・今回の請求に関するお支払明細書は、請求人の指定する住所に請求人あて「親展」で郵送されること。

会社処理欄

本人確認内容記入欄
確認方法：　・同行訪問　・電話確認
・その他（　　）
確認日時：　月　日　AM PM　時
氏名　　印

支社・支部ｺｰﾄﾞ　取扱者受領日
平成　年　月　日
請求権者が自書されたことを確認しました。
取扱者ｺｰﾄﾞ・氏名　　印

確認事項・備考
・住所確認　・電話確認
・運転免許証(運転経歴証明書)　・パスポート
・住民基本台帳カード
・公の機関が発行した本人確認資料
・その他（　　）
（番号等を具体的に記入）

その他、取扱上の注意事項

本部・支社受付	本店受付

日本生命保険相互会社
帳201409-038

給付金請求書および入院・手術・３大疾病診断書（証明書）の送付先

下記の宛先を切り取ってご活用ください。

切り取り線

〒５３０－８７８０

郵便事業株式会社　大阪支店　私書箱第２９０号

日本生命保険相互会社

支払サービス部（大阪）　行　　（請求書類在中）